TITRES SCIENTIFIQUES

DU

DR ALPHONSE GUÉRIN

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,

CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1866

1° TITRES SCIENTIFIQUES.

1841-1844. — Interne des hôpitaux de Paris,

1842. — Lauréat au concours des prix de l'internat (livres),

1843-1846. — Aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris,

1849-1853. — Prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux,

1850. — Chirurgien du bureau central des hôpitaux,

1858-1861. — Chirurgien de l'hôpital de Lourcine,

1862. — Chirurgien de l'hôpital Cochin,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis depuis 1863,

Membre titulaire de la Société impériale de chirurgie.

2° ENSEIGNEMENT.

Cours d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique de la Faculté, 1843-1848.

Cours de médecine opératoire, pendant six ans, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Cours sur les maladies des organes génitaux de la femme, à l'hôpital de Lourcine.

3° PUBLICATIONS.

I

1845. — **Du traitement des fractures qui se consolident vicieusement.** (*Archives générales de médecine*, mai et juin 1845.)

Dans ce mémoire je m'efforçai de démontrer que c'est à l'insuffisance des appareils qu'il faut attribuer le cal fibreux ou difforme que l'on observe dans certaines espèces de fractures.

1° Pour la *fracture de la clavicule*, je démontrai que la difformité du cal ne dépend pas seulement de l'insuffisance des moyens de contention du fragment externe, mais encore des *mouvements du fragment interne*, qui obéit à la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans tous les mouvements de la tête. Je prouvai encore, par des expériences faites sur le cadavre et répétées sur des malades du service de Blandin, que malgré l'appareil de Desault, le *fragment interne de la clavicule est solidaire de tous les mouvements du bras du côté sain.*

Cette mobilité est en raison inverse de la longueur du fragment interne. C'est pour cela que la difformité est relativement peu considérable dans les cas où la fracture se produit près de l'acromion.

2° Pour les fractures qui se consolident au moyen d'un tissu fibreux, j'étudiai successivement la *fracture intracapsulaire* du col du fémur; la fracture de *l'olécrâne* et celle de *la rotule.*

A. *Fracture intracapsulaire du col du fémur.* — Après avoir examiné les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de cette fracture, et les explications de la formation d'un cal fibreux, je cherchai à démontrer par des expériences sur le cadavre : le 1° que fragment in-

terne reçoit directement par le ligament rond le sang qui lui est nécessaire pour vivre; 2° qu'il en reçoit tout autant par cette voie, que l'extrémité supérieure du fragment inférieur par l'artère nourricière. Et examinant les divers appareils employés pour maintenir les fragments en contact, je conclus qu'ils étaient insuffisants, ce que Astley Cooper avait déjà dit avec bien plus d'autorité. Mais au lieu de faire lever les malades peu de jours après l'accident, comme le faisait A. Cooper, je me rattachai à la pensée que la gouttière de Bonnet était le moins mauvais des appareils pour cette fracture.

Les expériences que je fis pour prouver que le fragment supérieur vit par lui-même furent faites avec beaucoup de soin et répétées un grand nombre de fois.

B. *Fracture de la rotule et de l'olécrâne.* — Après avoir rappelé l'expérience dans laquelle A. Cooper, ayant fracturé crucialement la rotule d'un lapin, obtint un cal osseux entre les deux fragments inférieurs, tandis que les deux supérieurs ne se réunirent ni ensemble, ni avec les inférieurs, j'insistai de nouveau sur l'explication que j'avais donnée pour la fracture intracapsulaire du col du fémur, et je tâchai de démontrer que si les fragments des fractures de la rotule et de l'olécrâne ne se réunissent pas par un col osseux, c'est qu'ils ne peuvent pas être maintenus d'une manière assez solide par les appareils connus.

II

1847. — **De la fièvre purulente.** (Thèse.)

Dans ma *thèse inaugurale*, je soutins que la phlébite locale n'explique pas suffisamment cet accident des opérations qui est aujourd'hu connu sous le nom d'*infection purulente;* et qu'il faut admettre, pour l'expliquer, un empoisonnement miasmatique.

Comparant les symptômes de l'infection purulente et ses lésions à ceux de la peste et de la fièvre jaune, je proposai d'appeler *typhus chi-*

rurgical ce que Dance avait considéré comme une simple inflammation des veines.

Je ne niai pas la phlébite, mais je la considérai comme étant de *nature septique* et je n'admis pas l'inflammation des veines voisines d'une plaie comme le point de départ des accidents, mais comme une des conséquences de l'empoisonnement miasmatique, qui, s'opérant par les vaisseaux absorbants, doit exercer son influence, à peu près en même temps, sur tout l'arbre circulatoire veineux.

Mon opinion diffère donc essentiellement de celle de Dance, elle ne diffère pas moins de celle de Tessier sur la *diathèse purulente* : en effet, tandis que Tessier soutenait que le pus formé dans une veine se limite toujours par un caillot qui le soustrait à la circulation, j'admets que le pus formé dans les veines non par diathèse, mais par empoisonnement miasmatique, se mêle au sang.

Une opinion à peu près semblable ayant été soutenue par Robert dans une argumentation de thèse pour le professorat, notre regretté collègue m'exprima le regret de ne pas avoir cité mon travail qu'il ne connaissait pas; il était arrivé de son côté, quelques années après moi, à rejeter la théorie de la phlébite simple et à admettre une maladie générale d'origine miasmatique.

III

1847. — **Pour l'agrégation en chirurgie, thèse *sur l'influence de la pesanteur, sur le développement et sur le traitement des maladies chirurgicales.***

Dans cette thèse qui n'était que la reproduction des idées de Gerdy, j'étudiai successivement l'influence de la pesanteur sur le développement de l'inflammation et des maladies des vaisseaux lymphatiques sur le développement des ecchymoses, sur divers épanchements, sur les collections purulentes, sur les fistules, sur les hémorrhagies, sur les varices, sur les ulcères, les hernies, les déviations de l'utérus, sur la chute du rectum et sur les corps étrangers.

IV

Mémoire *sur les rétrécissements de l'urèthre.*
(*Mémoires de la Société de chirurgie,* t. IV.)

Les propositions principales de ce Mémoire sont ainsi résumées à la dernière page :

1° Les rétrécissements fibreux ne proviennent presque jamais d'un tissu inodulaire.

2° On ne trouve jamais de fausses membranes sur la surface muqueuse du canal de l'urèthre.

3° Les fongosités auxquelles on a attribué la blennorrhée ne peuvent être que des faits exceptionnels.

4° La *membrane muqueuse de l'urèthre n'est jamais exclusivement le siége d'un rétrécissement,* et dans tous les cas que j'ai observés, la stricture de cette membrane était la conséquence d'une lésion située en dehors d'elle.

5° Dans la grande majorité des cas, les rétrécissements de l'urèthre sont dus à la rétraction des fibres indurées du tissu réticulaire sous-jacent à la membrane muqueuse ; le point de départ de leur production est souvent un dépôt de lymphe plastique.

6° Pour les rétrécissements qui se traduisent par une virole saillante sous la peau, la section des brides fibreuses de dehors en dedans est le seul moyen d'en obtenir sûrement la guérison.

7° C'est parce qu'ils dépassent la membrane muqueuse, et qu'ils atteignent le tissu fibreux sous-jacent, que les chirurgiens qui scarifient le canal de l'urèthre obtiennent dans les rétrécissements fibreux, moins profonds que les précédents, une guérison qu'on demanderait en vain à la dilatation.

8° Dans la blennorrhagie, les glandules de l'urèthre qui s'étendent obliquement dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, dans une

longueur de plus d'un centimètre, étant remplies de muco-pus, il est bien peu probable qu'une seule injection puisse agir sur toute l'étendue des conduits glandulaires; d'un autre côté, en faisant plusieurs injections caustiques coup sur coup, on peut dépasser le but qu'on s'est proposé, et amener l'uréthrite à ce degré d'intensité où l'inflammation se propage au tissu réticulaire sous-jacent à la membrane muqueuse.

9° Le moyen le plus sûr de prévenir les rétrécissements est de traiter les blennorrhagies déjà anciennes, par la compression que produit sur les glandules uréthrales le passage successif de plusieurs bougies.

Ce mémoire, souvent cité depuis sa publication, repose sur des recherches faites à l'amphithéâtre des hôpitaux, pendant six années consécutives.

V

Dans la *Gazette médicale*, je publiai une note sur une *valvule* qui existe toujours dans le canal de l'urèthre sur la limite postérieure de la fosse naviculaire.

Cette valvule normale s'oppose souvent à l'introduction des bougies, quand on les glisse sur la paroi supérieure de l'urèthre. Leroy (d'Étiolles) avait inventé des instruments pour la couper, la prenant pour un état pathologique.

Mon seul mérite est d'avoir démontré qu'elle existe à l'état normal.

VI

1860. — **Rapport *sur la luxation de l'avant-bras en avant.*** (*Bulletins de la Société de chirurgie.*)

Me trouvant en présence de travaux importants de MM. Colson, Debruyn et Denucé, je résolus d'étudier cette espèce de luxation et j'arrivai à prouver, par des expériences sur les cadavres : 1° Que

contrairement à M. Colson, on ne produit pas la luxation en avant par une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras ; 2° contrairement à l'opinion de MM. Colson et Debruyn, qu'on ne la produit pas par l'extension forcée et que le ligament antérieur s'étant rompu, l'extrémité supérieure de l'olécrâne glissant de haut en bas, vient se placer au niveau de la poulie articulaire de l'humérus, sans *jamais passer en avant* ; 3° Avec M. Denucé, je démontrai que les ligaments sont les véritables obstacles à la production de cette luxation et non l'olécrâne.

Mais, contrairement à M. Denucé, je reconnus que l'obstacle est, non dans le ligament postérieur et dans le tendon du triceps, mais dans les ligaments interne et externe de l'articulation du coude.

VII

Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus vaccin. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. I, 2e série.)

Dès 1860, on étudiait l'influence de la vaccine sur des maladies autres que la variole. M. Lukomski, capitaine forestier de l'empire de Russie, ayant soutenu dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, que l'on guérit la syphilis par des vaccinations répétées, je fus chargé de suivre dans mon service à l'hôpital de Lourcine, les expériences tentées pour la démonstration de cette idée.

A l'occasion de ce mémoire, je fis un travail long et sévèrement motivé dans lequel repoussant l'opinion de M. Lukomski, j'étudiai les questions d'incubation et de dualité des chancres, sans lesquelles on s'égare dans l'étude de la syphilis.

Mon Rapport, qui occupe 16 pages des *Bulletins de la Société de chirurgie*, pourrait peut-être servir de document aux personnes qui pensent aujourd'hui que la vaccination est susceptible de devenir pour les animaux un préservatif de l'épizootie qui désole l'Angleterre.

VIII

1860. — **Communication *sur l'hypertrophie du col de l'utérus.*** (Société de chirurgie, 1860.)

Admettant une opinion soutenue par M. Huguier, je reconnus qu'il y a des cas dans lesquels l'hypertrophie de cet organe exige l'amputation de la portion intra-vaginale.

Cette amputation, qui pouvait être dangereuse quand on la pratiquait avec l'instrument tranchant, ne donne pas lieu aux hémorrhagies, quand on la fait prudemment avec l'écraseur.

Elle est devenue applicable aux cas dans lesquels la chute de la matrice est la conséquence de l'hypertrophie considérable du col de cet organe.

A l'appui de l'opinion défendue dans cette communication, je rapportai l'observation d'une femme dont le col de l'utérus avait une longueur de 7 centimètres, et que je guéris en enlevant avec l'écraseur 4 centimètres de la portion intra-vaginale du col.

IX

En 1863, je proposai à la Société de chirurgie une nouvelle méthode de blépharoplastie que j'ai décrite, depuis, dans la troisième édition de ma *Chirurgie opératoire*, et d'après laquelle les lambeaux ne sont pas exposés à se mortifier.

X

1863. — **Rapport à la Société de chirurgie sur un mémoire intitulé : *Études cliniques des rétrécissements syphilitiques de la trachée,*** par M. Boeckel.

Après avoir commenté les opinions de l'auteur, je repoussai l'idée

soutenue par lui que les rétrécissements sont la conséquence des accidents secondaires, me fondant sur ce que ces accidents n'affectent pas la profondeur des tissus, et je soutins que les rétrécissements de la trachée, comme ceux de tous les autres organes, ne sont pas produits par l'inflammation de la membrane muqueuse, mais par les tissus sous-jacents à cette membrane.

XI

1864. — **Note sur la possibilité de confondre une tumeur fibreuse avec un enchondrome.**

Observation d'un individu dont le pouce ayant 16 centimètres de long et 31 de circonférence, donnait la sensation d'une masse osseuse, ramollie par places.

Les tumeurs fibreuses des doigts sont si rares que dans les travaux les plus récents sur l'enchondrome, on n'a pas eu l'idée d'en faire le diagnostic différentiel.

C'est peut-être le seul cas de tumeur fibreuse des doigts ayant acquis un pareil développement.

XII

1864. — **Communication à la Société de chirurgie au sujet de la rupture de tous les tissus d'un membre luxé depuis trois mois.**

Les quatre élèves qui opéraient l'extension dans le cas de luxation sous-coracoïdienne du bras n'ayant déployé qu'une force très-inférieure à celle que l'on applique chaque jour pour la réduction des luxations récentes, je pensai que cette rupture ne pouvait tenir qu'à une dégénérescence des tissus provenant de la compression du plexus brachial.

Sans me préoccuper de la responsabilité, sachant bien que l'on ne pouvait reprocher à mes élèves et à moi ni incurie ni violence, je m'empressai de publier le fait et de le discuter devant la Société de chirurgie.

Contrairement à l'opinion de plusieurs micrographes, qui ne voyaient dans la dégénérescence graisseuse du bras et de l'avant-bras qu'un résultat de la vieillesse, je démontrai que la compression du plexus brachial était la cause unique de cet accident, qu'aucune observation consignée dans la science ne pouvait faire prévoir.

J'empruntai mes preuves aux expériences physiologiques qui démontrent qu'après la section des nerfs laryngés inférieurs, les muscles du larynx subissent la dégénérescence graisseuse, et à la comparaison des tissus du membre malade avec des membres sains.

Cette communication a prouvé que la compression du plexus brachial par la tête de l'humérus peut produire une dégénérescence qui est une contre-indication formelle des tentatives de réduction. On devra maintenant soupçonner qu'elle peut exister dans les cas de luxation, avec paralysie du membre luxé.

XIII

1864. — Note sur la difficulté du diagnostic de certains corps fibreux de l'utérus. (Lue à la Société de chirurgie.)

Observation d'un corps fibreux qui, ayant dilaté le col de l'utérus, ressemblait par la forme et par le volume à une matrice renversée sur elle-même.

La malade étant morte sans opération, on constata que l'utérus dilaté et le vagin se continuaient sans ligne de démarcation et que l'impossibilité d'introduire un stylet en avant de la tumeur était de nature à faire croire à une inversion utérine, d'autant mieux que, prise entre les doigts, cette tumeur donnait la sensation d'un corps vide à l'intérieur.

XIV

Communication à la Société de chirurgie d'une note sur la difficulté de déterminer la nature de certaines tumeurs multiples, même à l'aide du microscope.

L'observation clinique portait à croire que ces tumeurs étaient de nature syphilitique; le microscope y trouvait les noyaux embryo-plastiques disposés comme ceux des gommes, mais les tumeurs étaient tellement volumineuses que les micrographes inclinèrent pour la plupart vers l'idée de tumeurs fibro-plastiques, et pourtant celles de ces tumeurs qui existaient dans le foie ressemblaient à celles qui ont été décrites par M. Gubler. Cette communication sera une pièce intéressante pour l'histoire de la syphilis qui se manifeste dans les organes splanchniques.

XV

Discussion sur l'*Uréthrotomie*.

(Société de chirurgie, 1 865.)

On s'était efforcé de soutenir que la dilatation était une méthode *routinière* et *inutile*, et que l'uréthrotomie suffisait dans tous les cas pour donner lieu à une guérison aussi prompte que définitive.

Dans une discussion approfondie, je démontrai l'insuffisance des faits sur lesquels reposait cette opinion exclusive.

Admettant l'uréthrotomie comme un moyen parfois indispensable, je soutins qu'elle ne peut jamais se passer du concours de la dilatation.

XVI

Mémoire sur les fractures du maxillaire supérieur. Signe nouveau pour les reconnaître.

(Lu à l'Académie de médecine, le 30 janvier 1866.)

L'observation clinique et l'induction m'avaient amené à reconnaître que l'on produit de la douleur en portant le doigt sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde chez les malades qui ont une fracture du maxillaire supérieur.

L'anatomie pathologique a confirmé cette opinion. J'ai produit à l'appui une pièce sur laquelle on voit une fracture des deux maxillaires coïncidant avec celle des deux apophyses ptérygoïdes.

Dans des expériences faites à ma demande sur sept cadavres, par M. Cocteau, prosecteur des hôpitaux, on a invariablement produit la même fracture.

Ce signe des fractures du maxillaire supérieur a une valeur incontestable dans les cas fréquents où l'on ne constate pas d'une manière évidente la mobilité du fragment inférieur. Si on le recherche sur les malades qui ont reçu une violente contusion du visage, on ne tardera pas à admettre avec moi que les fractures du maxillaire supérieur sans déplacement sont fréquentes et qu'elles guérissent sans appareil.

XVII

Communication à la Société de chirurgie sur la rugination de la surface d'implantation des polypes naso-pharyngiens. (*Bulletins de la Société de chirurgie.*)

Ces polypes ne pouvant être détruits par l'excision et la cautérisation qu'au prix d'opérations préliminaires d'une gravité incontestable, j'ai

cherché à les énucléer à l'aide d'une rugine introduite dans une narine et guidée par un doigt porté derrière le voile du palais sur le pédicule du polype, et j'ai réussi.

Cette communication a donné lieu à de longs débats, dans lesquels on n'a pas pu nier le succès de mon opération.

Si cette méthode n'est pas applicable dans tous les cas, j'espère du moins qu'elle restera dans le domaine de la médecine opératoire.

XVIII

Mémoire sur le traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées. (Lu à l'Académie de médecine.)

Quelques chirurgiens tenant compte de l'éloignement des malades affectés d'anthrax pour les larges incisions, avaient eu la pensée que cette maladie est toujours susceptible de se guérir sans opération.

Il y avait une certaine hésitation dans les esprits des praticiens modestes, qui ne pouvaient se faire juges des opinions des maîtres, et les chirurgiens les plus haut placés dans la science n'étaient pas tous également convaincus de la nécessité des incisions et de l'innocuité de l'expectation.

Ayant la conviction la plus complète qu'il est dangereux d'abandonner les anthrax à leur marche naturelle, je fus amené à pratiquer une incision cruciale dans toute la profondeur et dans toute l'étendue de la partie affectée, mais en ne faisant à la peau qu'une petite ouverture centrale pour le passage du bistouri.

Des faits nombreux m'ont prouvé que cette méthode a la même efficacité que lorsque la peau est comprise dans l'incision, et j'ai eu le bonheur de voir le rapporteur de la commission, M. le professeur Gosselin, admettre cette opinion et la soutenir avec autant de conviction que de talent.

XIX

Mémoire sur les fonctions du bulbe de l'urèthre et sur le mécanisme de l'excrétion de l'urine et du sperme.

(Lu à l'Académie de médecine au mois d'octobre 1850.)

J'ai démontré dans ce travail que le bulbe de l'urèthre et le gland, parties renflées d'un petit appareil dans lequel le sang va et vient, sous l'influence du muscle bulbo-caverneux, ont une destination qui n'avait pas arrêté l'attention des physiologistes et des chirurgiens. Le muscle bulbo-caverneux est bien un muscle excréteur, mais il ne remplit cette fonction que par l'intermédiaire du sang qu'il exprime du bulbe pour le pousser vers le gland. Le sang, ainsi pressé d'arrière en avant, ne pouvant vaincre la résistance de la membrane fibreuse de l'urèthre, repousse en dedans la membrane muqueuse, qui, bien que doublée d'un tissu fibreux, ne lui oppose pas la même résistance. De cette répulsion de la membrane muqueuse vers l'axe central du canal de l'urèthre, résulte l'adossement de ses parois opposées, et par suite la projection en avant du liquide qui est contenu dans ce conduit.

J'ai démontré cette fonction de l'appareil bulbo-glandaire par des expériences sur le cadavre et dont Bérard aîné avait reconnu la valeur.

Il résulte de là une explication facile de l'insuffisance de l'excrétion spermatique et urinaire chez les individus qui ont eu dans la partie érectile de l'urèthre un dépôt de lymphe plastique ou une cicatrice qui s'opposent à la libre circulation du sang allant du bulbe vers le gland et revenant du gland vers le bulbe. C'est aussi par l'étude de cette fonction que l'on arrive à comprendre comment le muscle bulbo-caverneux s'oppose au cathétérisme chez les malades que la peur empêche de respirer; la sonde que l'on introduit, si elle remplit le canal, exprime du gland vers le bulbe le sang contenu dans le tissu spongieux de l'urèthre,

et le repousse dans les veines voisines ; mais quand la contraction du muscle bulbo-caverneux s'oppose à ce passage, le sang qui existait dans toute la longueur de l'urèthre, étant refoulé dans une partie plus ou moins réduite de ce conduit, et ne pouvant se faire place ni en avant, ni en arrière, ni en dehors, doit nécessairement tendre à accoler les parois opposées et devenir un obstacle au cathétérisme.

XX

Traité de chirurgie opératoire (3e édition).

Dans ce livre, qui est depuis dix ans entre les mains de tous les élèves, je me suis efforcé de rendre facilement intelligible la description des opérations, à l'aide de figures pour lesquelles j'ai consacré plus de temps et de peine qu'on ne peut l'imaginer.

Après chaque opération, j'ai donné une appréciation nette des divers procédés et indiqué celui auquel je donne la préférence.

Les élèves et les jeunes médecins ont ainsi un guide sans lequel on ne peut qu'à la longue faire choix de l'opération la plus facile et la plus avantageuse.

J'ai eu le courage d'éliminer tout ce qui me semblait de nature à encombrer la science, sans avantage réel. J'ai ainsi repoussé les questions historiques pour ne m'occuper que du manuel opératoire, et je n'ai décrit que les opérations utiles.

Je crois avoir rendu quelque service à la médecine opératoire en mettant les opérateurs en garde contre les tendances qui sont toujours les mêmes chez les personnes qui ne savent pas bien opérer.

Les commençants, par exemple, ne manquent jamais pour dénuder une artère de saisir le vaisseau, au lieu de ne saisir qu'un point de sa gaîne ; s'ils mettent bien leurs doigts de la main gauche sur les points de repère, presque toujours ils les retirent au moment où ils auraient le plus besoin d'être guidés. Pour la section des lambeaux, bien rare-

ment aussi ils savent proportionner la traction à la quantité de tissus qu'ils doivent couper, de sorte que cette traction étant la même au commencement et à la fin de la section, la résistance des tissus étant d'autant moindre qu'il en reste moins à inciser, le couteau fait des échancrures que l'on évite quand on est prévenu.

A cause de cette difficulté, j'ai conseillé de tailler de dehors en dedans tous les lambeaux qu'il est difficile d'avoir réguliers, quand, sans une grande habitude, on veut les limiter au moment où ils ne tiennent plus au reste du corps que par leurs extrémités.

Je pourrais multiplier ces citations, si je ne craignais pas de donner à cette note une étendue exagérée.

Je n'ai pas la prétention d'avoir fait aussi bien que Malgaigne, mais mon livre a pris place auprès du sien qui, depuis trente ans, a guidé plusieurs générations d'étudiants, et cela est une rémunération suffisante de la peine qu'il m'a coûtée.

XXI

Maladies des organes génitaux externes de la femme.

(Leçons professées à l'hôpital de Lourcine.)

Dans cet ouvrage qui a plus de 500 pages, j'étudie toutes les maladies qui peuvent affecter la vulve, le méat urinaire et même le vagin.

Après des généralités sur l'étude des maladies de la femme, et sur les diverses doctrines qui ont successivement prévalu ; sur les virus et sur l'incubation, je fais l'histoire complète du chancre, soit qu'il siége à la vulve, soit qu'il existe à la tête (chancre céphalique), soit qu'on l'observe sur le col de l'utérus; puis, admettant deux espèces de chancre, je décris successivement le chancre non infectant et le chancre induré, sans oublier le phagédénisme, qui complique plus souvent le premier que le second.

Ces leçons ayant été professées à l'hôpital, j'ai cru devoir donner un

grand développement à la partie qui traite du diagnostic et du traitement.

Tout le monde n'admettant pas la distinction des deux espèces de virus, pour justifier la distinction que j'ai admise, il fallait que je donnasse des signes distinctifs précis. Après avoir décrit la forme, la couleur et la consistance des ulcérations; après avoir indiqué leur évolution, j'arrive à conclure que le signe distinctif par excellence est l'inoculation sur le malade lui-même. Quand un chancre existant sur la verge peut être inoculé sur un autre point du corps de la personne affectée, on peut affirmer qu'il s'agit d'un chancre non infectant; dans le cas contraire, il y a les plus grandes probabilités pour que ce soit un chancre infectant.

On a soutenu que le chancre est toujours l'accident primitif de la syphilis. Chez la femme, il échappe à l'observateur dans le plus grand nombre des cas, ce qui conduit les médecins de l'hôpital de Lourcine à douter de l'unicité de l'accident primitif. Cette question est longuement discutée dans mes leçons.

J'étudie aussi l'inoculabilité du virus, sa signification d'autrefois et celle d'aujourd'hui; puis, l'incubation, la transformation du chancre induré, les plaques muqueuses, leurs diverses formes, et leur contagion.

Le traitement de la syphilis m'amène à démontrer que l'on ne guérit jamais par la cautérisation de l'ulcère initial, quelle que soit la période à laquelle on cautérise. Un long chapitre est consacré aux frictions mercurielles, et aux diverses préparations qui ont été successivement employées.

A propos de la syphilis des nouveau-nés, l'influence du père et de la mère sur la transmission de la maladie à l'enfant est traitée avec beaucoup de soin.

On trouve encore l'histoire et la critique de la syphilisation. Le traitement de la syphilis chez le nouveau-né est aussi sûr que prompt. Efficacité du traitement externe par le sublimé.

Le bubon est étudié dans les diverses circonstances où il peut se produire. Après avoir rappelé les divers traitements employés contre cet

accident, j'arrive à conclure que le moyen le plus sûr de le guérir sans cicatrice est de le traiter par des *vésicatoires multiples appliqués coup sur coup.*

Les leçons suivantes sont consacrées à la *vulvite*, à l'inflammation des *glandes vulvo-vaginales*, à la *vaginite* simple et virulente, à l'*uréthrite*, qui est beaucoup plus fréquente chez la femme qu'on ne l'a admis dans ces derniers temps, et enfin une leçon tout entière est employée à l'examen des *doctrines* sur la blennorrhagie.

J'étudie ensuite la blennorrhagie du col de l'utérus et ses complications; son diagnostic avec la leucorrhée; le traitement de la vaginite; les végétations, l'acné vulvaire; l'esthiomène de la vulve et les kystes du vagin.

J'ai enfin décrit dans cet ouvrage une espèce de polypes du méat urinaire, que j'ai appelés *douloureux*, en opposition avec les polypes indolents, qui sont bien connus de tout le monde. Les polypes douloureux, qui n'avaient pas encore été décrits, ont une sensibilité qui les distingue de toutes les végétations de la vulve.

XXII

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Article Amputations. — Dans cet article, après avoir distingué les amputations en opérations de la continuité et de la contiguïté, je décris successivement les méthodes circulaire, à lambeaux, ovalaire et elliptique, et pour plus de précision je distingue les cas où il n'y a qu'un os dans le membre et ceux où il y en a deux; pour la *méthode circulaire*, je m'efforce de donner une règle précise pour la dissection de la manchette, afin que le chirurgien opère avec précision et non comme s'il était troublé. Je donne la même importance à la section des chairs quand, le membre ayant deux os, il faut faire ce qui est connu en médecine opératoire sous le nom de huit de chiffre.

Après avoir rappelé les divers procédés de la méthode circulaire,

j'admets que le mode opératoire doit être modifié suivant la lésion qui comprend une plus ou moins grande étendue de peau et de muscles, suivant que le membre est gros ou petit et selon que les muscles sont mous ou fermes : pour donner un exemple à l'appui de cette proposition, je rappelle que tandis qu'il est très-facile de faire une manchette de peau chez un malade amaigri, ce temps de l'amputation devient d'une grande difficulté quand on opère un homme vigoureusement musclé dont la peau est tendue sur les chairs qu'elle recouvre.

Méthode à lambeaux. — Je rappelle comment Verduin, l'inventeur de la méthode, pratiquait cette opération ; puis je décris les divers procédés de l'amputation à lambeaux, en m'attachant à bien faire comprendre en quoi consistent les modifications des chirurgiens qui ont attaché leur nom aux modes opératoires.

Les méthodes *ovalaire* et *elliptique* ayant été décrites, j'apprécie l'utilité des diverses méthodes et une des principales conclusions est que, le plus souvent, on se décide *suivant des indications particulières ;* j'admets pourtant qu'il y a des cas dans lesquels le point où l'on doit amputer, les dimensions des surfaces articulaires qui doivent être mises à nu dans une désarticulation, l'existence d'une gaîne tendineuse dans laquelle le pus pourrait fuser, etc., deviennent des raisons pour lesquelles on doit se décider d'une manière générale pour une méthode plutôt que pour une autre.

J'ai consacré un chapitre important *au rôle des aides*, parce que la besogne des aides est toujours celle qui laisse le plus à désirer dans une amputation ; la compression de l'artère, la fixation des membres dans une direction invariable, la rétraction des chairs, etc., sont d'une telle importance que le chirurgien le plus habile a l'air d'un débutant quand il est mal assisté.

Pansement après les amputations. — A propos du pansement, je dis pourquoi et comment l'aide chargé de la ligature des artères coupées remplit mal le rôle dont il est chargé, et j'indique comment il faut procéder.

Je décris ensuite les réunions *immédiate*, *médiate*, et médiate-secondaire.

Dans mon appréciation des divers modes de pansements, je me prononce en faveur de la réunion immédiate.

Dans le chapitre consacré aux *accidents des amputations*, je traite de l'*hémorrhagie*, des *troubles du système nerveux*, de la *syncope*.

Dans celui des *accidents après l'opération*, je fais l'histoire des *hémorrhagies consécutives*, de l'*inflammation* de la *conicité du moignon*, de la *nécrose de l'os scié*, de la *névralgie du moignon* et du délire qui est un accident grave chez les amputés.

Un long article est consacré aux *indications des amputations*, et après avoir signalé les cas où l'on doit amputer, je soutiens que, malgré les préceptes de la science, il y a bon nombre de circonstances où une grande sagacité et une expérience consommée ne sont pas de trop pour prendre une sage résolution.

L'*époque où il convient d'amputer* sera toujours un sujet de controverse pour les chirurgiens, mais les travaux de M. Chenu, qui a fait une statistique très-intéressante de toutes les amputations pratiquées pendant la guerre de Crimée, jettent un nouveau jour sur cette question.

Enfin, après avoir traité du *lieu où il convient d'amputer* et de la *valeur comparative des désarticulations et des amputations dans la continuité*, je termine ce travail par l'examen des amputations sans instrument tranchant, comprenant : l'*écrasement linéaire*, l'*amputation par les caustiques*, et la méthode *diaclastique*.

L'article Anthrax n'a pas besoin d'être analysé longuement. Après avoir indiqué son siége et ses caractères distinctifs, je décris les divers modes de traitement qui ont été conseillés, et j'insiste sur la nécessité de l'incision cruciale, qui se fait dans toute la profondeur de l'anthrax, en ménageant la peau.

C'est la reproduction du mémoire lu par moi sur ce sujet, à l'Académie de médecine ; mais l'article du Dictionnaire est plus complet.

L'article Autoplastie ne contient rien que ce qui a cours dans la

science, c'est la description des divers modes opératoires avec une appréciation de leurs avantages et de leurs inconvénients.

De l'étude des travaux récents, je conclus que l'utilité du périoste dans les autoplasties est encore douteuse, et qu'il n'est pas sans danger de dénuder le crâne de son périoste pour faire un nez plus consistant.

XXIII

Éloge de Vidal (de Cassis).

(Lu en séance solennelle de la Société de chirurgie.)

Si, en terminant, je rappelle cet éloge, c'est qu'en étudiant les travaux de Vidal j'ai été naturellement amené à soutenir des opinions qui sont du ressort de la médecine opératoire et de la pathologie externe.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.